

20000117

厚生科学研究研究費補助金

社会保障国際協力推進研究事業

保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究

平成12年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 三好 知明

平成13(2001)年 3月

厚生科学研究研究費補助金

社会保障国際協力推進研究事業

保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究

総括・分担研究報告書

平成12年度（2年計画の1年目）

主任研究者 三好知明 国立国際医療センター国際医療協力局
分担研究者 兵井伸行 国立公衆衛生院保健統計人口学部

目 次

I. 総括研究報告		
保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究-----		1
三好知明		
(資料) 研究協力者報告書		
保健医療プロジェクト評価の現状と問題点(総論)	三好知明---	5
PCM手法を用いたプロジェクト終了時評価の問題点	明石秀親---	15
II. 分担研究報告		
迅速評価法や参加型評価法の適用に関する研究-----		20
兵井伸行		
(資料) 研究協力者報告書		
迅速評価法や参加型評価法の適用	兵井伸行---	23
参加型モニタリング・評価の試み	島津英世---	29
PHC戦略と疾病負担(BOD)、経済的評価に関する研究	熱田泉-----	33
参加型計画と評価：その問題と課題—国内と海外の事例より	石田健-----	40
参加型計画手法、プロジェクトマネジメント及び評価についての考察	花田重義—	43
PLA(Participatory Learning and Action)とウオonz・エイブル分析」	平山恵-----	48
プロジェクト評価は第三者評価となり得るか	阿部貴美子-	58
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	62
IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	63

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

総括研究報告書

保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究

主任研究者 三好知明 国立国際医療センター国際医療協力局

派遣協力第2課派遣協力専門官

研究要旨

保健医療プロジェクトの事前・中間評価はこれまで研究が少なかったが、プロジェクトのマネージメントの面からも、また、最終的な評価を行うためにも非常に重要である。事前・中間評価では現在行われているPCMのみならず、实际的で有効な新たな手法の開発が必要で、そのためにはこれまで評価における問題点を整理し、医療セクターの特徴に応じた評価手法をプロジェクトの中で考えていかなければならない。

分担研究者

兵井伸行・国立公衆衛生院保健統計人口学部人口保健室長

A. 研究目的

保健医療分野におけるプロジェクトに関する評価が改善し、ひいてはプロジェクトが効率的かつ有効に行われるため、その評価手法と評価を用いたプロジェクト・マネージメントの改善を目的とする。

B. 研究方法

1) 保健医療プロジェクト評価の現状と問題点に関する研究：

日本におけるODA評価の現状を、これまでのプロジェクトの経験を報告書等からまとめる。特に最近、プロジェクト評価に用いられているPCM（プロジェクト・サイクル・マネージメント）手法を用いたプロジェクト評価の問題点を、実際のプロジェクトの評価例から検証する。さらには、ODA関連機関のODA評価に関する文献、資料を整理するとともに、先進各国の援助機関による事前、中間評価の取り組み方についても調査を行う。

2) 迅速評価法や参加型評価法の適用に関する研

究：

保健医療プロジェクト立案とその評価に関する手法の特徴を文献や実際の適用事例を基に検討した。あわせてPCM手法について、特にプライマリ・ヘルスケアへの適用について理論的検討を行った。

C. 研究結果

1) 保健医療プロジェクト評価の現状と問題点に関する研究：

・ 日本におけるODA評価の現状

事前評価とは案件の発掘、形成から計画までの段階における評価をいい、これには保健ニーズアセスメントやプロジェクトの採択に係わる審査（Appraisal）などが含まれる。

技術協力プロジェクトでは基礎調査、短期調査などによって、事前評価が行われるが、近年ではPCM手法によるワークショップによって、問題分析、さらにはPDMが作成されている。プロジェクトは要請主義であるが、こうした参加型のワークショップ開催により、問題意識や共通意識の形成をはかり、オーナーシップを相手側に持たせる努力がなされる。

保健ニーズアセスメントは保健サービスが資源を住民の保健改善のために使われているかみるもので、体系的なアプローチが必要である。疫学的手法等により科学的に行い、プロジェクト開始前の状況を正確に掴み、活動内容を決定すべきであるが、実際には時間やコストに制限があり、いかに効率的に迅速アセスメントを行うかが焦点となる。

保健ニーズアセスメントでは開始時の保健指標を調査し、今後の評価の基準とするという意味のベースライン調査が行われる。これには医療施設や医療関係者の調査のみならず、コミュニティ調査も必要である。これには住民の保健に関する知識・態度・行動を調査するKAPサーベイや、ヘルスプロモーションで提唱されているPRECEDE-PROCEDEモデルなどもある。

開発途上国では得られるデータには限界があり、また、得られたデータの信頼性も乏しいことが多いので、指標の設定には困難が伴うことが多い。一方、政府や援助機関の調査により得られた保健データが活用されないままになっていることも多いので、こうした既存データの発掘とその活用も計るべきである

モニタリング(Monitoring)は「プロジェクトが計画通り実施されているか、その進捗状況をチェックし、必要に応じて計画内容の修正に役立てること」であり、プロジェクト実施期間中にプロジェクト内部の人が行う¹⁾。プロジェクト実施中になされる評価という意味で中間評価ともいうことができる。モニタリングは財務、マネージメント、プログラム実施状況などについて行うが、体系的かつ継続的に行われねばならず、その項目や方法などのデザインは計画段階から考慮される。

モニタリングでは「活動」や「成果」を中心にその達成度をみるので、プロセス評価(process evaluation)、パフォーマンス評価(performance assessment)ということもできる。モニタリングは日常業務の中で行われ、計画通り遂行しているか、問題点はないか、マネージメント方法は最適か、さらには活動の成果としての対象の変化を見ていく。

プロジェクト開始時に作成されたPDMは最終的な評価時に使用されるだけでなく、日々の活動の中

でモニタリングにも活用されるべきである。

モニタリングによりプロジェクト活動の現実と併せてPDMの修正が行われる。この修正によりPDMはより実際の実現可能なものとなる。

PDMに指標によって具体的な目標設定がなされていけば、これをもとにその時点での目標達成度が判明するので、正確な進捗状況の判断が可能となるし、計画内容自体の修正も容易となる。

・PCM手法を用いたプロジェクト評価の問題点

PCM手法を評価に用いることは、カウンターパートを巻き込み、自分の立場の理解を促すという点で、一定の役割は担い得る。しかしながら、PCM手法によって終了時評価を行なうことには限界があり、改善の余地があると思われる。さらに言えば、新しい評価手法を考える必要も考えられる。

・ODA関連機関および先進各国の援助機関による事前、中間評価の取り組み方

各機関ごとに評価手法を工夫し、ツール化しており、参考となるものが多い。日本のODAについてもこうした標準化された評価手法が必要である。

2) 迅速評価法や参加型評価法の適用に関する研究:

保健医療プロジェクト立案とその評価のためにさまざまな迅速・参加型手法が示されている。これらの手法をツールとして活用するためには、各手法の特徴を把握する必要があり、文献や実際の適用事例を基に歴史的発展過程も含めその特徴を明らかにし、適用の方向性を検討することを目的とした。

まず、1970年代後半から開発への取り組みの考え方は、「住民のために」から「住民とともに」そして「住民による」へと変化してきており、これは手法としてのRapid Rural Appraisal (RRA) から Participatory Rural Appraisal (PRA) そして Participatory Learning and Action (PLA) の変化に対応していた。

保健医療分野では、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)を契機に、地域住民のニーズ把握と住民自らが自分たちの健康の向上に参画するという流れの中で、迅速・参加型手法が活用されてきた。

しかし、援助機関や関連機関においては、「参加」を開発の重要な構成要素と捉えるようになってきているが、いわゆるプロジェクト・アプローチから実証・実験や学習過程を重視したアプローチの移行は起こっていない。

プロジェクト・アプローチの制限や制約はこれまでも認められているが、それに替わる実際に適用可能な代替案は浮上していない。従来のプロジェクト・アプローチでは、厳格な予定表や支出計画、比較的短期間で測定可能な達成や成果などが特徴付けられてきた。しかし、これらは集会的な学習や相互作用に時間を要し、また、マネージメントの柔軟性を求める真の参加型プロセスに反するものである。したがって、実証的・実験的意味合いでしか、住民側がプロジェクト内容を検討したり、実施段階での参加やその責任の受容を認めていないという現状が明らかとなった。

同様に、評価についてもすべてのステークホルダーの参加を高めることにより、彼ら自身による主体的なモニタリング・評価が成し遂げられることになるが、プロジェクト・アプローチに基づく第三者による客観的評価という観点から、実証的・実験的意味合いにおいてのみ参加型評価が行われていなかった。したがって、プロジェクト・アプローチ自体、今後プロジェクト・サイクルを通じてさらに順応性を高め、参加度を深める必要があることが明らかとなった。

その具体的方策としては、今後特にすべてのステークホルダーが対話するという枠組みの中で、ニーズに関しては、地域住民の要求を把握する詳細なウオッチ・エイブル手法のような参加型手法を適用すること、また、プロジェクトの運営管理や組織の能力開発については、ISO 1006プロジェクトマネージメントやPmbokをPCM手法とともに適用すること、乳児死亡率や妊産婦死亡率などのいわゆる保健医療指標がプロジェクトの評価指標として適切でないことが多く、サービス満足度、人材養成の効果、スーパービジョンなど質的データの検討を行うこと、などが示された。

D. 考察

プロジェクト評価は実施の状況や達成された成

果、さらに広い意味での影響（インパクト）に焦点をあてて調査し、計画内容の修正に役立て、教訓を引き出すことが主たる目的であるが、当然、協力の実態や成果を国民に知らせ、理解を得るという意味でも評価は重要である。すなわち、ODAの説明責任（Accountability）を改善するために評価はより重要となってきている。

特に医療分野ではその専門性の高さからこれまで十分な説明責任が果たされていたとは言い難い。地方自治体における政策評価などと同様に、国民の納得する形での評価が求められる。

最近、プロジェクト評価は成果（outcome）指向で行われるようになってきたが、保健医療セクターではこれに影響する因子が多く、さらにプロセスが複雑であり、実際のoutcomeである有病率や死亡率などの変化に長い時間がかかることが多く、その評価は困難な場合が多い。また、例えば妊産婦死亡率などは出生10万あたりの妊産婦死亡を対象としており、その調査に非常に大きな費用と労力を要するという面もある。

医療の質に関してはその技術的判定は医療専門家の判定(peer review)によらねばならないこともしばしばであり、一般の人にはその評価が理解できない。また、医療の質の評価は質の改善活動の中で考えていく必要があり、医療におけるTQM (Total Quality Management) やCQI (Continuous Quality Improvement) など医療サービスの質のマネージメントをどのように評価していくかを考えねばならない。患者の満足度などによっても医療の質を測ろうとする試みはあるものの、医療の質自体の定義が不明瞭な点が残されており、今後の課題である。

一方、他のセクターでは多く試みられている費用効果分析などの経済的評価は、保健医療セクターでその分析が困難な場合が多い。これは保健セクターが完全な市場経済原理のみで動いていないこと、また、健康などの価値観が多様であり、保健医療分野の成果を経済的に表しにくいことによっている。死亡のみならず障害も考慮に入れたDALY (Disability Adjusted Life Years) などの新しい保健指標の開発なども試みられているが、依然、完全なものはなく、今後の研究課題となっている。

迅速・参加型手法には、方法論としてコミュニケ

ーション・スキルや質的データの信頼性など留意点もあるが、関係者のコミュニケーションの促進を図り、責任能力 (accountability) や所有権 (ownership) を自ら形成し、主体である地域住民のエンパワーメントを達成し、パートナーシップを促進するツールという点で積極的に導入し、事例検討を重ねる必要があると考えられる。

また、サービス満足度、人材養成の効果、スーパービジョンなど質的データの検討を実際のプロジェクトを例に行うことが望まれる。

E. 結論

- 1) 保健医療プロジェクト評価の現状と問題点について整理した。
- 2) PCM手法を用いたプロジェクト評価には限界があり、改善が必要である。
- 3) 迅速評価法や参加型評価法の適用はプロジェクト評価に有用であり、さらなる研究が必要である。

F. 研究発表

1. 学会発表

明石秀親、三好知明、建野正毅 PCM手法を用いたプロジェクト終了時評価の問題点、日本評価学会第1回全国大会、東京、2001年2月

保健医療プロジェクトの事前・中間評価に関する研究(総括)
プロジェクトモニタリング・評価総論

三好知明

目的：これまでの我が国の保健医療プロジェクトの事前、中間評価の現状を分析し、その問題点を整理する。

方法：ODA関連機関のODA評価に関する文献、資料を整理するとともに、これまでのプロジェクトの経験を報告書等からまとめる。

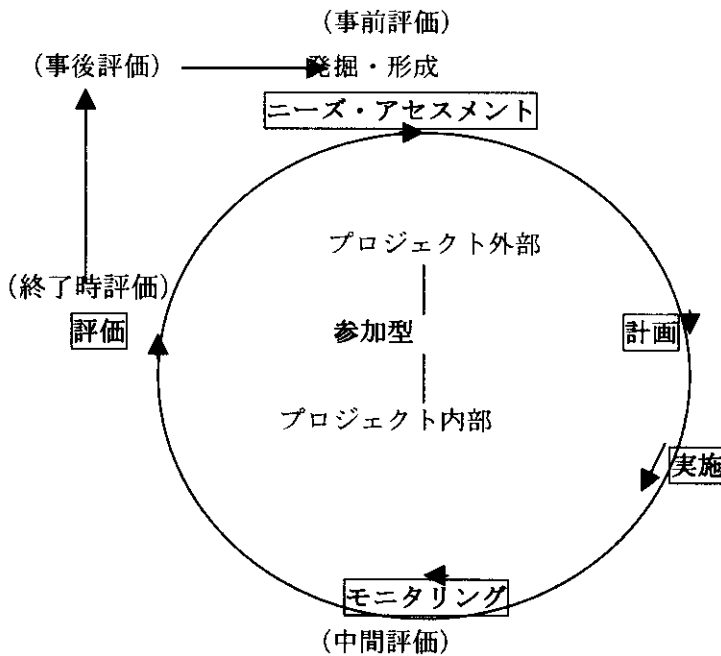
結果：

1. ODAプロジェクト評価

① プロジェクト評価

プロジェクトは発掘・形成、計画・立案、実施、評価の一連のサイクル(図1)であり、モニタリング・評価はプロジェクト活動の重要な一部である。

図1 プロジェクトサイクル



評価(Evaluation)は案件の妥当性、目標達成度、開発の効果、効率性、波及効果および自立発展性を確認するため、進行中又は終了後のプロジェクト、プログラム等の形成、実施およびその結果を可能な限り体系的かつ客観的に審査することである(開発援助委員会(DAC))。

評価はどの側面を評価するかによって、パフォーマンス評価(業績評価)、インパクト評価(影響評価)に区別されるが、評価時点により、事前審査、中間状況調査、終了時評価、事後評価に分けられる。

終了時評価では目標達成度、効率性、妥当性などが重要な評価項目となるが、プロジェクト終了後一定の期間後の評価である事後評価では自立発展性、インパクトなどがむしろ重要となる。また、どのように評価するかにより、定量評価、定性評価に区別されることもある。客観的な評価としては数値指標による定量評価がその成果を示すには優れているが、特に保健プロジェクトでは定量的な変化が困難なことも多いので、定性的な評価も併せて必要である。また、これまでは事前調査などにおいてベースラ

インサーベイが行われず、基礎的データが不十分なまま開始されたプロジェクトが多かった。指標は目標設定とともに、プロジェクト開始前の値が重要であり、事前調査ではこうした指標を決定し、その測定すべきである。言い換えれば、指標としては開始前の値の存在するもの、または測定可能なものが必要である。

プロジェクト評価は実施の状況や達成された成果、さらに広い意味での影響（インパクト）に焦点をあてて調査し、計画内容の修正に役立て、教訓を引き出すことが主たる目的であるが、当然、協力の実態や成果を国民に知らせ、理解を得るという意味でも評価は重要である。すなわち、ODAの説明責任

表1 ODA評価形態

1) 国別評価
2) セクター・特定テーマ別評価
3) 合同評価
4) 有識者・民間団体による評価
5) 在外公館による評価
6) 被援助国による評価
7) 国際協力事業団（JICA）による評価
①事前評価
②中間評価
③終了時評価
④事後評価
● 案件別終了時評価調査
● 横断的視点からの事後評価調査
1. 国別事業評価
2. 特定テーマ評価
3. 有識者（第3者）評価
4. 合同評価調査
5. 外部機関による評価
⑤事後現況調査
⑥現地NGOによる草の根モニタリング
8) 日本国際協力銀行（JBIC）による評価

JICAによるプロジェクトタイプ技術協力ではPCM手法によりPDMの作成がプロジェクト開始にあたって行われ、プロジェクト開始後は前章で述べたようにPDMに沿ってモニタリングが行われている。評価

（Accountability）を改善するために評価はより重要となってきている。

特に医療分野ではその専門性の高さからこれまで十分な説明責任が果たされていたとは言い難い。顔の見える援助として、広報や宣伝活動をこれまで以上に行うと共に、地方自治体における政策評価と同様に、国民の納得する形での評価が求められる。

評価の実施主体は政府開発援助の場合、その政策当局である外務省あり、また、国際協力事業団（JICA）と日本国際協力銀行（JBIC）がそれぞれ実施機関として評価を行っている。種々の評価形態は表1に示す通りである。

においてもこのPDMが基本となって行われるが、一般にはDACと同じく効率性、目標達成度、効果（インパクト）、妥当性、自立発展性の5項目を評価基準としている（表2）。

表2 評価5項目とPDMの関連性

	効率性	目標達成度	効果	妥当性	自立発展性
上位目標			プロジェクトを実施した結果、どのように正負の影響が直接的・間接的に現れたか	プロジェクト目標は、評価時においても有効であるか	協力終了後もプロジェクト実施による便益が持続されているかどうか、プロジェクトはどの程度自立しているか
プロジェクト目標		「プロジェクト目標」がどれだけ達成されたか			
成果	「投入」がどれだけ効果的に				
投入	「成果」に転換されたか				

PCM 手法を用いた評価の問題点については、別に述べる。

評価の課題はその質を高めることにある。そのためには1) 第三者評価により客観的、中立的立場から行っていく、2) 評価結果の活用を的確に行う(フィードバック)、3) 組織的・体系的な評価の仕組みを構築していくことが挙げられている。

評価項目・基準の明確化や評価の年間計画の作成するとともに、評価手法自体の開発・研究が重要である。

②保健医療プロジェクト評価

保健医療分野におけるプロジェクト評価は種々の理由から困難である場合が多い(表3)。

表3 保健医療プロジェクト評価の困難性

①種々のタイプがある	PHC、母子保健・人口家族計画、感染症・EPI 病院、地域医療システム 医学教育、看護教育 研究
②影響するfactorが多い	社会、経済、倫理、教育、文化 衛生、環境
③processが複雑である	関係者や過程が多い
④outcomeに時間がかかる	例:乳児死亡率、妊産婦死亡率
⑤専門性が高い	質の評価が困難である
⑥経済的評価が困難である	完全な市場経済原理で動いていない

保健医療分野のプロジェクトには種々のタイプがあるが、特定の感染症対策など選択的なプロジェクトは比較的、評価は確立しているものの、包括的なPHCプロジェクトや地域医療システムプロジェクトは多岐の内容が含まれ、その評価は確立していない。また、病院プロジェクトにおいても最近、日本

で病院機能評価が開始された如く、途上国の病院機能をどのように評価していくかは残された課題である。

最近、プロジェクト評価は成果(outcome)指向で行われるようになってきたが、保健医療セクターではこれに影響する因子が多く、さらにプロセスが複

雑であり、実際のoutcomeである有病率や死亡率などの変化に長い時間がかかることが多く、その評価は困難な場合が多い。また、妊産婦死亡率などは出生10万あたりの妊婦死亡を対象としており、その調査に非常に大きな費用と労力を要するという面もある。

医療の質に関してはその判定は専門家の判定(peer review)によらねばならないこともしばしばであり、専門分野では一般人の評価を寄せ付けない。また、医療の質の評価は質の改善の中で考えていく必要があり、TQM (Total Quality Management) やCQI (Continuous Quality Improvement) など医療サービスの質のマネジメントをどのように評価していくかを考えねばならない。患者の満足度などによっても医療の質を測ろうとする試みはあるものの、医療の質自体の定義が不明瞭な点が残されており、今後の課題である。

一方、費用効果分析などの経済的評価も他のセクターでは多く試みられているが、保健医療セクターではこうした経済的分析が困難な場合が多い。これは保健セクターが完全な市場経済原理のみで動いていないこと、また、健康などの価値観が多様であり、保健医療分野の成果を経済的に表しにくいことによっている。死亡のみならず障害も考慮に入れたDALY (Disability Adjusted Life Years) などの新

しい保健指標の開発なども試みられているが、依然、完全なものではなく、今後の研究課題となっている。

③評価手法

評価手法に関しては確立したものはない。表4に挙げるように種々の手法があるが、これらはその目的により使い分ける必要がある。評価に使用するコストも限られており、できる限り正確で信頼性が高いと同時に、費用や労力の少ない手法を選ぶ。すなわち、プロジェクトタイプに併せてどのような調査項目を、どのような手法を使って行うべきかという評価のデザインが決定されねばならない。例えば、病院プロジェクトでは病院機能評価のための評価ツールの開発が必要であり、日本や米国など先進国で用いられているものを参考にして、途上国の実情に合ったものの開発が待たれる。プロジェクト評価は国際保健の中での重要な研究テーマである。

開発プロジェクトでは参加型であることが、評価のひとつの重要な視点となっているが、保健医療プロジェクトでは真の意味での参加型評価はなされていない。これはプロジェクトが医師など医療従事者のためのもので、地域の住民や患者の意見が反映していないものが多くからである。参加型保健医療プロジェクトの開発自体が待たれる。

なお、参加型評価手法については別項にて述べる。

表4 評価手法

<ul style="list-style-type: none">● 本格的調査 (Formal survey)● 略式調査 (Informal survey) <p>参加型評価手法</p> <ul style="list-style-type: none">● 迅速参加型評価 (Rapid participatory appraisal)● プロジェクトサイクルマネジメント (Project cycle management) <p>データ収集方法</p> <ul style="list-style-type: none">● 文献調査 (Literature search) :● 観察 (Observation) :<ul style="list-style-type: none">一般的観察 (Direct observation)参与観察 (Participant observation)● 関係者調査 :<ul style="list-style-type: none">面接調査 (Interview) :<ul style="list-style-type: none">グループインタビュー (Group interviews)小グループインタビュー (Focus group interviews)個人インタビュー (Key informant interviews)討論 (Discussion)<ul style="list-style-type: none">グループディスカッション (Group discussion)小グループディスカッション (Focus group discussion)ケーススタディ (Case studies)
--

最近、根拠に基づいた医療 (EBM)、根拠に基づく医療システム (EBH) が重要視されるようになってきたが、評価においても科学的根拠に基づくものが要求される。プロジェクトは純粋な研究ではないが、プロジェクト活動は果たして住民の健康改善に役立っているのか、さらにそれは正しいアプローチな

のかという根拠が示されねばならず、そのためには評価は公正で科学的なものでなければならない。また、専門家のみによるものではなく、参加型で行うべきではあり、そのためにもよくプログラムされ、正しい手法による評価の確立はさらに必要となっている。

2. プロジェクト評価の実際

① 事前評価

プロジェクト開始前には種々の段階があるが、事前評価とは案件の発掘、形成から計画までの段階における評価をいい、これには保健ニーズアセスメントやプロジェクトの採択に係わる審査 (Appraisal) などが含まれる。前者では保健セクター全般に係わるものは開発調査などで扱われるが、プロジェクト内容をより具体化するためにも必要である。一方、後者は実行可能性をみる Feasibility Study で、代替案がある場合は優先度の決定 (Priority setting) を行うことであり、これは費用効果分析などの手法により行われる。

技術協力プロジェクトでは基礎調査、短期調査などによって、事前評価が行われるが、近年では PCM 手法によるワークショップによって、問題分析、さらには PDM が作成されている。プロジェクトは要請主義であるが、こうした参加型のワークショップ開催により、問題意識や共通意識の形成をはかり、オーナーシップを相手側に持たせる努力がなされる。

さらにプロジェクト開始時までにプロジェクトの背景や保健指標などを記した「プロジェクトドキュメント」を作成することとなり、事前調査にはさらに力点が置かれるようになった。このドキュメントはプロジェクト終了後の評価を行う際にも、基準となるものである。

● 保健ニーズアセスメント (Health Needs Assessment)

保健ニーズアセスメントは保健サービスが資源を住民の保健改善のために使われているかみるもので、体系的なアプローチが必要である。疫学的手法等により科学的に行い、プロジェクト開始前の状況を正確に掴み、活動内容を決定すべきであるが、実際には時間やコストに制限があり、いかに効率的に迅速アセスメントを行うかが焦点となる。迅速アセスメントについても Rapid Rural Assessment 等、開発協力分野では多くの研究がなされているが、保健分野での応用は今後の課題の一つである。

保健ニーズアセスメントでは開始時の保健指標を調査し、今後の評価の基準とするという意味のベースライン調査が行われる。これには医療施設や医療関係者の調査のみならず、コミュニティ調査も必要である。これには住民の保健に関する知識・態度・行動を調査する KAP サーベイや、ヘルスプロモーションで提唱されている PRECEDE-PROCEDE モデルなどもある。

開発途上国では得られるデータには限界があり、また、得られたデータの信頼性も乏しいことが多いので、指標の設定には困難が伴うことが多い。一方、政府や援助機関の調査により得られた保健データが活用されないままになっていることも多いので、こうした既存データの発掘とその活用も計るべきである

評価指標は数値化できるものばかりでなく、意識の変化などのプロセスを重視した指標設定も考慮すべきである。重要なことはこの時期から相手側の参加を促し、相手側自らが自己の問題として調査を進めることである。これはプロジェクト開始後のオーナーシップに関わる事項である。

② モニタリング

● PDMの活用、指標の定期的チェックとその見直し

モニタリング (Monitoring) は「プロジェクトが計画通り実施されているか、その進捗状況をチェックし、必要に応じて計画内容の修正に役立てること」であり、プロジェクト実施期間中にプロジェクト内部の人が行う。プロジェクト実施中になされる評価という意味で中間評価ともいうことができる。モニタリングは財務、マネージメント、プログラム実施状況などについて行うが、体系的かつ継続的に行われねばならず、その項目や方法などのデザインは計画段階から考慮される。

モニタリングでは「活動」や「成果」を中心にその達成度をみるので、プロセス評価 (process evaluation)、パフォーマンス評価 (performance assessment) ということもできる。モニタリングは日常業務の中で行われ、計画通り遂行しているか、問題点はないか、マネージメント方法は最適か、さ

らには活動の成果としての対象の変化を見ていく。

プロジェクト開始時に作成されたPDMは最終的な評価時に使用されるだけでなく、日々の活動の中でモニタリングにも活用されるべきである。最低限必要なチェック項目として、PDMに挙げられた指標のいくつかを基に常にカウンターパートとの議論の対象とすることはプロジェクトの理解（プロジェクト目標、活動内容等）と共通意識の形成のために有用である。PDMに挙げられた指標は活動のプロセスや達成度を示すものであり、数量的なものが理想である。このようにPDMはひとつのマネジメントツールとして位置付けることができる。

PDMはカウンターパートとの会議には常に掲示し、議論の中でもPDMのどの成果やその指標について行っているかを明確にする。他分野に渡るプロジェクトでPDMが大きく複雑な場合は、部門毎に分けたものを作成し、部門毎にその成果を検討することも良い。ただし、常にプロジェクト全体の中での位置付けを明確にしておく必要がある。新しい活動内容や活動内容の変更を考えねばならない場合は、PDMでの位置付けを明確にすることが肝要である。

モニタリングによりプロジェクト活動の現実に併せてPDMの修正が行われる。この修正によりPDMはより実際的で実現可能なものとなる。これはR/D改正などとは違い、プロジェクト活動の中での軌道修正であるから、双方の合意があればプロジェクト内で可能であるが、合同委員会などで公式な承認を得ることは当然である。終了時の評価もこの修正PDMに沿って行われることとなる。

PDMに指標によって具体的な目標設定がなされていれば、これをもとにその時点での目標達成度が判明するので、正確な進捗状況の判断が可能となるし、計画内容自体の修正も容易となる。

- モニタリングのための各種調査団の派遣とその活用

JICAの実施するプロジェクトでは中間評価のための調査団の派遣が実施される。中間評価は協力期

間の中間時点で当該プロジェクトの進捗状況や相手国側のニーズなどの確認を行い、当初計画を変更する必要があるか否かを判断することを目的としており、モニタリングの延長と考えることができる。これには運営指導調査団があたるが、プロジェクト活動においてはこの調査団の活用が重要なポイントとなる。

プロジェクトによってはPDMの外部条件にかかわる人員配置など相手側の対応の問題が生じる場合もある。基本的には技術協力では内政干渉の可能性のある政治的な関与は行うべきではない。しかしながら、純粋な臨床技術指導や研究プロジェクトは少なく、むしろ組織作りやシステム整備が技術協力プロジェクトの中心課題となると、外部からの圧力は前述した問題点解決のために重要となる場合もあり、各種調査団とプロジェクトとの協力が求められる。

他方、国内委員会を中心とする国内支援体制がよく機能することが必要であり、定期的な情報（コミュニケーション）システムが確立されねばならない。その報告内容や間隔（週間/月間）などは、プロジェクト内容や時期によっても異なるが、プロジェクトタイプ（例えば病院プロジェクトや母子保健プロジェクトなど）毎に、最低限必要な報告項目を決めておくべきである（表5）。この項目は例えば病院プロジェクトならば患者数や病床利用率など基本的な指標であり、プロジェクトの実施されている母体となる施設の存在に関わるものである。これらに関しては必ずしもPDMに含まれているものではないが、四半期報告書や月例報告などを通じて定期的に報告する必要がある。国内のみでなく、現地における大使館、JICA事務所に対しても当然行うべきである。これらの指標に重大な変化が認められた場合は早急に対応策が取られる必要がある。すなわち、このシステムはプロジェクト存続に関わる重大な事件や変化が生じた場合の危機管理体制として機能する。

表5 プロジェクト別定期的モニタリング項目 (例)
病院プロジェクト

	レベル1 有無	レベル2 単純測定	レベル3 分析
Structure : (インフラ)	定員 電気 基本的機材 (レントゲン、心電図、呼吸器等) 基本的薬剤 救急薬剤・材料 給与支払い	定員不足数 停電回数(時間) 稼働回数 故障修理回数 不足回数 不足件数 支払い率 遅れの有無	適正定員数比 原因分析
Process : (システム)	出勤簿 患者記録 (看護、事務) レファラル記録 手術記録 病床記録 機材台帳 病院収支台帳	開院日数 (ストライキ日数) 患者数(外来、救急、入院) ファラル(搬送)数 手術数(定時、緊急) 基本的機材稼働率 収支バランス	科別、術者別 病床利用率 平均在院日数 部門別原価計算 原価消却
Outcome :	組織図、委員会 苦情箱	医療事故、院内感染数 苦情数 満足度	院内感染率 病院機能評価 対応策 原因分析、対応策

母子保健プロジェクト

	レベル1 有無	レベル2 単純測定	レベル3 分析
Structure : (インフラ)	定員 電気 基本的機材 (分娩台、吸引機、トラウベ等) 基本的薬剤 救急薬剤・材料 給与支払い	定員不足数 停電回数(時間) 使用日数 不足回数 不足件数 支払い率 遅れの有無	適正定員数比
Process : (システム)	患者記録 (看護、事務) 手術記録 レファラル記録 病床記録	分娩数(正常、異常) / 日 母親：妊婦死亡数 子供：出生数、死産数 低出生体重児数 手術数 (定時、緊急) 帝王切開率 ファラル (搬送) 数	病床利用率 平均在院日数
Outcome :	組織図、委員会 苦情箱	医療事故、創感染数 満足度	創感染率 原因分析、対応策

③ プロジェクト終了時評価

終了時評価はプロジェクト最終年度の終了数ヶ月前に行われるが、最終的成果の検討により、プロジェクト終了後の方向が決定される。すなわち、プロジェクトが予定通り終了か、さらには延長されるかが決められる。予定通り終了する場合でも、さらに新しいプロジェクトが行われることもあり、延長の場合はプロジェクト全体を第2フェーズとして行う場合と、一部の目標を達成されなかった部門について延長を行うフォローアップがある。

終了時評価は終了時評価調査団および相手国側を含んだプロジェクトとの合同評価委員会による。この際、評価はPDMに基づいて行われるが、評価に当たってはそのためのPDMが作成される。モニタリングの過程から十分にPDMが活用され、双方の理解が得られていれば、評価は比較的容易であるが、評価時のみPDMを持ち出すようでは、議論がかみ合わないこともあろう。

終了時評価では特にプロジェクト目標の達成が重視されるが、プロジェクト目標の指標がしばしば、死亡率などのoutcome指標である場合には、プロジェクト期間のみでは変化がなく、その他のprocess指標や患者満足度といった形のoutcome指標で示されることが多い。こうした指標の解釈はしばしば恣意的となり、客観性に欠けることもあるので注意が必要であらう。

終了時評価の最大のポイントは、プロジェクト終了後の自立発展性である。プロジェクト活動の後半は、いかに自立発展を促すかが中心となるが、この点を終了時評価は見極める必要がある。わずかな追加の投入でこの自立発展性が大きく飛躍するこ

とが期待されるような場合はむしろ、プロジェクトの延長が妥当な場合もあろう。プロジェクトの存続に政治的影響が決定に及ぶこともあることは容易に予想されるが、新しい組織やシステム作りは時間のかかるものであり、プロジェクト期間の設定自体に無理がある場合もあるので、評価に当たっては十分な検討が必要である。

さらに重要なことは終了時評価で示された教訓や提言が、どのようにフィードバックされているかという点である。これは継続する案件だけでなく、新規案件へのフィードバックなどにも大いに活用されるべきであり、そのための評価体制作りが必要である。類似した案件毎に経験を蓄積し、教訓は新たなプロジェクトにそれが活かされねばならない。

参考文献：

- FASID、PCM手法に基づくモニタリング・評価、FASID、東京、1996年
- JICA企画・評価部、わかりやすいプロジェクト評価のてびき、2000年
- 外務省経済協力局、経済協力評価報告書、1999年
- 国際協力事業団、国際協力事業団年報、1999年

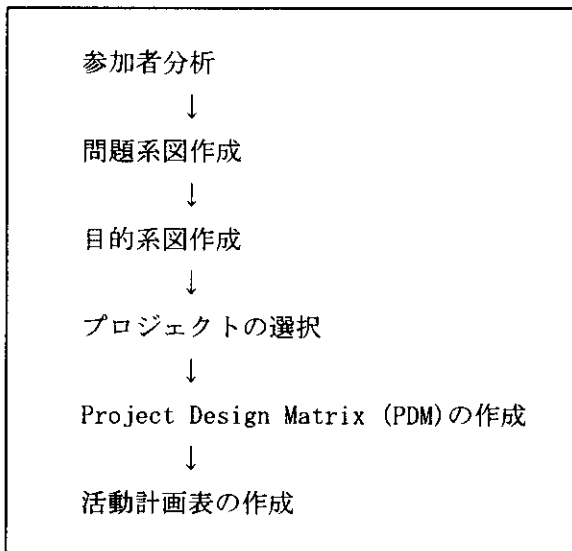
PCM手法を用いたプロジェクト終了時評価の問題点

明石 秀親

【はじめに】

“Project Cycle Management (PCM) 手法は、開発援助プロジェクトの計画・実施・評価という一連のサイクルを、参加者分析、問題分析と問題系図の作成、それを基にした目的分析と目的系図の作成、プロジェクトの選定、を通して作られた、Project

Design Matrix (PDM) というプロジェクト概要表を用いて運営管理する手法で、PDMには目標、活動、投入、外部条件の論理的相関関係が示される。PCM手法は参加型計画手法とモニタリング・評価手法からなる”。



評価では5項目が検討される。すなわち、
 効率性Efficiency: 「投入」が「成果」にどれだけ転換されたか、
 目標達成度Effectiveness: 「プロジェクト目標」が達成されたか、「成果」がその達成にどれだけ貢献したか、
 インパクトImpact: プロジェクトを実施した結果、どのような正・負の変化が直接・間接に現われたか、
 妥当性Relevance: 「プロジェクト目標」、「上

位目標」は評価時においても目標として意味があるか、
 自立発展性Sustainability: 援助終了後、援助国の機関、組織がどれだけプロジェクトの正の効果を維持することができるか、
 である。

	効率性	目標達成度	インパクト	妥当性	自立発展性
上位目標			↑↓ どのような正/負の変化が現われたか	↑↓ 評価時にも目標として意味があるか	↑↓ 援助終了後、被援助国の組織、機関がどれだけ正の効果を維持できるか
プロジェクト目標		↑↓ 成果が目標達成に貢献したか			
成果	↑↓ 投入がどれだけ成果に転換されたか				
投入					

(FASID 2000 : PCM手法に基づくモニタリング・評価)

現在、国際協力事業団（JICA）は、プロジェクトの終了時評価においてもPCM手法の利用を進めている。国立国際医療センターでは、いくつかの国々においてJICAの保健医療プロジェクトを行なっており、発表者らはPCM手法を用いた終了時評価に関わる機会を持った。

【目的】

PCM手法を用いたプロジェクト終了時評価の、具体的な利点と問題点を検討する。

【対象と方法】

ボリビア国での「サンタクルス医療供給システム・プロジェクト」（1994-1999）とカンボジア国における「母子保健プロジェクト」（1995-2000）の2つの保健医療プロジェクトを対象に事例検討を行なった。なお、両プロジェクトの終了時評価では、PCMの専門家（ファシリテーター）によるPCM手法を用いたワークショップが実施された。

【活動】

サンタクルス医療供給プロジェクトでは、日本病院、市保健局、県保健局を巻き込むもので、プロジェクト目標のうち「保健医療サービスの強化」については、救急システム構想の具体化、リフェラルシステム・パイロットプロジェクトの実施、メンテナ

ンスセンター計画の作成がある。「病院管理の改善」では、組織改革と各種委員会の設置、財務コンピュータシステムの導入、機材管理システムの改善、薬剤リスト作成などの薬剤部門の改善、診療部門（救急、検査、放射線など）の改善、看護管理の改善を行なった。「人材育成」では、各種トレーニングコース（マニュアルやテキスト作成を含む）の実施、レジデント制度などの卒後教育システムの改善がある。

カンボジア母子保健プロジェクトでは、国立母子保健センターの強化を基に、地方展開や啓蒙活動を通じてカンボジアの妊産婦死亡の改善を目指すもので、プロジェクト目標のうち「母子保健センターの運営機能の強化」については、各種委員会の設置、看護部の独立、診療費徴収と貧困者支払免除制度の導入、患者登録とカルテ一元化、診療費収入からの給与補填、品質管理の考え方の導入がある。「臨床能力の向上」については、チーム診療の開始、カルテ記載の強化、症例検討会・死亡症例検討会の開始、各種勉強会の開催、臨床教育の強化が挙げられる。「研修機能の強化」では、研修カリキュラムの作成、ヘルスセンター助産婦やリフェラル病院の医師や助産婦の研修実施、講師の育成などがある。

両プロジェクトのPDMにおける、プロジェクト目標、成果、上位目標は以下の表の如くである。

国名	ボリビア		カンボジア	
プロジェクト名	サンタクルス医療供給システム		母子保健	
	プロジェクト要約	主な指標	プロジェクト要約	主な指標
上位目標	サンタクルス保健医療システムがサンタクルス市民(特に貧困層)のためにより機能する		カンボジアの妊産婦死亡率の減少	
プロジェクト目標	日本病院が地域保健医療システムの中で、サンタクルス市民(特に貧困層)に適正な医療を供給できる	貧困者患者の率 1次医療相当患者率 救急疾患治療プログラム の利用率	国立母子保健センターの強化	外来患者数 出産数 ベッド占有率 診療費収入 患者満足度 研修生の満足度

主な成果	1. 保健医療サービスの強化 2. 病院管理の改善 3. 人材育成	会議数、提言数 転送患者数 主要疾患プロトコル 機材稼働率・利用率 救急研修コース数と研修者数	1. 管理運営能力の向上 2. 臨床能力の向上 3. 研修機能の強化	運営管理システムが構築される 薬剤/物品の使用が定期的に報告される 経常収支への自己負担比率 助産婦研修コース数と研修者数 手術件数 母親学級参加者数
------	---	---	--	--

サンタクルスのプロジェクトの終了時のPDMの主なものを挙げるとスライドの如くで、「主要疾患プロトコル」というように、「何かができた」ということが成果の一つになっていることがわかる。また「病院管理の改善」の指標の一部として会議数や提言数、機材稼働率や利用率が挙げられている。

カンボジア母子保健プロジェクトのPDMでは、開始時と評価時の上位目標が異なり、評価時には1段目標を下げた形になっているが、実際のプロジェクトの活動は変わりなかった。また成果が「運営管理システムが構築される」というように、これは数値目標というより、システムが存在するかどうかを指標となっている。

例えば「今までなかった看護部ができ、機能し始めた」、あるいは「患者の登録、カルテの交付が今までできなかったのにできるようになった」といったアチーブメントであるが、サンタクルスの事例と同様に、それだからといって、“適正”かどうかを客観的に判断するのは難しい。

【結果】

PCMに関連する利点と問題点は、“PCM手法そのもの”に関わるものと、“それを使って評価すること”に関する2つのものがある。

ここでは両事例での問題点を列挙し、主として“PCM手法を使って評価すること”について論じるが、一部、評価に関連する“PCM手法そのもの”に関わると思われる事柄についても言及する。

<利点>

①カウンターパートが評価に参加していることに

より、カウンターパートは自分達の弱点やまだ成し遂げられていない問題点を認識できる。

例：これまでそんなことを述べたことがない事務長が、年間計画の必要性について述べた。

②援助者とカウンターパートが共にプロジェクトについて話し合えることは、援助者側の一方的な自己満足の評価を緩和することができる。

<問題点>

1) “PCM手法そのもの”の問題点

①問題点を理想的状態と現実とのギャップと捉え、理想的状態（それは多くの場合、先進諸国で行なっていることを基準にするが）を知らない場合やそのイメージがない場合、援助側とカウンターパートの認識する問題点が異なることになる。（利点①の弱点である）

例：援助側は医療機材維持管理体制が整備されていないことが問題と考えているにも関わらず、カウンターパートは医療機材維持管理体制の必要性を未だ理解できず、機材そのものや機材購入の予算がないことが問題だと認識している。

②PDM上のプロジェクト要約に対応する各指標は、必ずしもロジカルには決められていない。

例：サンタクルスの「病院管理」に対する指標の一つとして「会議数」や「提言数」が挙げられているが、会議が行なわれたからといって、それが有効であったのか、あるいは提言数よりも内容はどうかといった視点が必要とも考えられ、逆に、適正な指標を見つけることが難しいとも言える。

③個々の活動や成果についての指標は明確であっても、プロジェクト目標自体の達成には多くの要素